

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

48

ANNÉE 1943

THESE

N°

47

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Pierre-Jean-Marie BIDAULT

Né le 24 Mai 1915, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19

24 MARS 1943

**Considérations sur l'organisation
de la lutte antituberculeuse
en France**

**vue spécialement
pour les malades à ressources inexistantes
ou très limitées**

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **BIDAULT.**

Prénoms : **Pierre-Jean-Marie.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

BIDAULT (Pierre-Jean-Marie). —
Considérations sur l'organisa-
tion de la lutte antitubercu-
leuse en France vue spéciale-
ment pour les maladies à res-
sources inexistantes ou très
limitées. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1943, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1943, N°)

BIDAULT (Pierre-Jean-Marie). —
Considérations sur l'organisa-
tion de la lutte antitubercu-
leuse en France vue spéciale-
ment pour les maladies à res-
sources inexistantes ou très
limitées. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1943, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1943, N°)

BIDAULT (Pierre-Jean-Marie). —
Considérations sur l'organisa-
tion de la lutte antitubercu-
leuse en France vue spéciale-
ment pour les maladies à res-
sources inexistantes ou très
limitées. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1943, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1943, N°)

BIDAULT (Pierre-Jean-Marie). —
Considérations sur l'organisa-
tion de la lutte antitubercu-
leuse en France vue spéciale-
ment pour les maladies à res-
sources inexistantes ou très
limitées. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1943, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1943, N°)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Pierre-Jean-Marie BIDAULT

Né le 24 Mai 1915, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

**Considérations sur l'organisation
de la lutte antituberculeuse
en France**

**vue spécialement
pour les malades à ressources inexistantes
ou très limitées**

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LIAN.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEVY-VALENSI
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CADENAT.
Cliniques des maladies infectieuses	MONDOR.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	BROCQ.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Cloris VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	JOANNON	Hygiène	
BESANÇON Justin..	Hydrologie.		LACOMME	Obstétrique.	
BONNET	Bactériologie		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BOULIN	Pathologie	médicale.	LAVIER	Parasitologie.	
BROUET	Pathologie	médicale.	LELONG	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
CACHERA	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
COSTE	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	médicale.
JOUELAIRE (Roger)	Urologie.		MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	MOUQUIN	Pathologie	médicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		PATEL	Pathologie	chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.		RENARD	Ophthalmologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RICHET	Physiologie.	
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie	chirurgicale.
FÈVRE	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-					
VILLARS	Anatomie	pathologique.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie	HUGUENIN	Anatomie Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie	PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.
	chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
LAROCHE Guy		de GAUDART	
MOREAU		d'ALLAINES .	
SEZARY		MOULONGUET .	
		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
N... ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecoie a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MA FEMME

A MES FILLES MONIQUE ET COLETTE

A MES GRANDS-PARENTS

A MES FRERES

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

Professeur de clinique de la Tuberculose. Médecin de l'Hôpital Laënnec.
Officier de la Légion d'honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ DUVAL

Médecin phthisiologue de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

*Qui nous inspira le sujet de cette thèse.
Hommages respectueux.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE STRASBOURG

MM. A. FORSTER, Doyen; P. ROHMER, Assesseur.

Professeurs titulaires:

MM. AMBARD, ANCEL, BARRE, FORSTER, FON-
TAINÉ, NICLOUX, OBERLING, PAUTRIER,
PFERSDORF, REDSLOB, KELLER, ROHMER,
SCHWARTZ, SIMONIN, VAUCHER, VLES,
WEISS.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON, BELLOCQ, GERY, HANNS, GELMA.

Professeurs honoraires:

MM. CHAVIGNY, STOLZ, WEILL, LERICHE, BOUIN.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

A MES MAITRES EN L'HOTEL-DIEU D'ORLEANS

INTRODUCTION

La tuberculose pulmonaire est plus que jamais à l'ordre du jour. Elle continue malheureusement à frapper de ses ravages nombreux et redoutables toutes les classes de la société et principalement celle qui nous intéresse dans cet exposé, à savoir ceux dont la situation sociale et les ressources ne permettent pas les examens complets et répétés au cabinet du médecin, suivis d'un traitement long et onéreux dont ils ne peuvent assumer la charge; ces malades à la charge de l'Etat devenant de plus en plus nombreux.

Il est superflu de rappeler l'importance considérable de ce problème, le nombre des tuberculeux, la gravité évidente de l'affection, ses conséquences sociales: objet de préoccupation de tous les médecins et hygiénistes. De nombreux travaux ont d'ailleurs déjà été publiés depuis maintes années concernant l'organisation et les modalités d'application de la lutte antituberculeuse. De multiples améliorations ont été également réalisées dans ce domaine, rendant plus efficaces les moyens dont nous disposons actuellement pour lutter contre l'extension de ce fléau social.

Mais à l'époque où nous vivons actuellement et qui est celle des restrictions de toute nature, restrictions qui ne peuvent que favoriser la propagation de la maladie et ainsi augmenter le nombre déjà considérable des malades, il y a lieu d'intensifier plus que jamais la lutte contre la tuberculose en France, pour que nous n'ayons pas à déplorer un accroissement du développement de la maladie dans les années qui vont suivre.

De quoi s'agit-il en effet? Il y a deux questions à envi-

sager: celle du dépistage le plus précoce possible des malades et celle de leur traitement immédiat, une fois le diagnostic de certitude établi: les moyens de lutte thérapeutique variant suivant les modalités d'évolution de l'affection. Au point de vue des résultats à obtenir il y a lieu de considérer la rapidité de la cure, la qualité et la solidité des guérisons obtenues. Or, ces avantages inestimables croissent en proportion de la précocité même de la décision, en même temps que diminuent les complications ou autres menus inconvénients.

Nous possédons actuellement, en fonction, des moyens de dépistage: les dispensaires antituberculeux auxquels se trouvent liés les services sociaux. Nous avons en notre possession également des organismes chargés du traitement et destinés à recevoir des malades, ce sont: des hôpitaux possédant ou non un service spécialisé, des sanatoria départementaux et climatiques.

Ayant été interne dans un service de phthisiologie, que possède l'hôpital d'Orléans et que dirige M. le Docteur DUVAL, le but de cet exposé serait, après avoir brièvement passé en revue les quelques inconvénients que nous avons pu découvrir pendant notre séjour dans ce service, relatifs à l'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse, d'exposer les moyens que nous pensons les plus aptes à assurer le plus d'efficacité possible à cette lutte antituberculeuse en France et ceci tant au point de vue du dépistage que du traitement.

Dans la tuberculose pulmonaire il faut en effet de toute nécessité obtenir un diagnostic précoce et un diagnostic de certitude: cela est possible dans la quasi totalité des cas, si le Centre de dépistage possède une organisation appropriée. Ensuite ce diagnostic posé implique la nécessité d'un traitement d'attaque immédiat qui, visant à la guérison du sujet et l'isolant de ses semblables, évitera les risques de contagion. Pour obtenir ces résultats il faut des centres spécialisés et spécialement organisés à cet effet. La cure

sanatoriale complémentaire deviendra dès lors à la fois réalisable et efficace.

Cette étude comprendra d'abord un examen sommaire de ce que nous connaissons, de ce que nous avons vu, puis nous passerons alors à ce que nous concevons et nous terminerons pas l'étude de la récupération des tuberculeux prêts à retourner au sein de la société.

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE ACTUELLE DANS NOTRE REGION

LE DÉPISTAGE

Il est effectué, en grande partie, en ce qui concerne les malades qui nous intéressent, par les dispensaires. Leur rôle est primordial; mais ils ne semblent pas, certains du moins, être suffisamment outillés pour réaliser pleinement leur tâche. Il leur manque parfois les locaux nécessaires ou bien le matériel indispensable aux divers examens. La plupart manquent d'appareils de radiographie et doivent se contenter de faire des radioscopies.

Les médecins des dispensaires se plaignent d'ailleurs eux-mêmes de ces divers inconvénients, ainsi que du nombre des malades, ce qui ne leur permet pas d'avoir toujours le temps matériel de pratiquer une auscultation soignée, mais ils ne peuvent faire mieux.

Le dispensaire a de plus un travail supplémentaire: celui de prendre seul les décisions permettant à un malade d'être envoyé en cure sanatoriale. Il faut donc que le médecin du dispensaire examine tous les malades susceptibles de continuer leur traitement dans un lieu de cure climatique. Bien souvent c'est le premier examen que ce médecin effectue sur un malade qu'il ne connaît pas et il arrive ce qu'écrivait M. le Docteur DUVAL dans un article sur « L'assistance aux tuberculeux à l'hôpital »: « Quand j'envoie au dispensaire un malade en vue de son admission au sana,

il m'arrive deux fois sur quatre de me voir demander par le médecin-chef du dispensaire communication du dossier du malade, à savoir: radio, examen clinique, examen de laboratoire, feuille de température. Ainsi donc, de ce fait, le dispensaire se reconnaît très honnêtement incapable de prendre une décision ». Ce sont là quelques inconvénients que nous avons pu découvrir dans l'organisation actuelle des dispensaires. Il n'en reste pas moins que ces organismes jouent un rôle de tout premier plan dans le travail considérable que représente le dépistage de la tuberculose.

LE TRAITEMENT.

Dans notre région, l'hôpital d'Orléans possède un service spécialisé de phtisiologie chargé du traitement des malades. Ce Service est organisé dans des bâtiments séparés et comprend soixante lits: une salle est réservée aux hommes, l'autre aux femmes. Les malades ont de plus à leur disposition deux galeries de cure, installées dans les petits jardins entourant les bâtiments. Il doit prochainement être installé une salle de radiologie: jusqu'ici les malades sont examinés par le service de radiologie central de l'hôpital.

Il n'y a pas de consultation externe pour les tuberculeux et les malades que nous recevons sont envoyés par un des dispensaires de la région, par leur médecin traitant, ou à la suite d'un passage effectué d'une salle de médecine de l'hôpital: le diagnostic étant réalisé à la suite d'un examen radiographique et d'un examen de crachats, car nous ne recevons pas les suspects dans le service spécialisé.

A leur arrivée, l'interne établit une observation complète et détaillée de chaque malade et dans la semaine radioscopie et radiographie sont effectuées. Des examens de laboratoire nécessaires sont pratiqués, et le traitement peut être ainsi rapidement décidé et institué.

Après un certain temps, les malades dont l'évolution

favorable est nette, sont proposés pour leur envoi en cure sanatoriale. Voilà où commence la difficulté.

Il est nécessaire d'avoir d'abord l'avis du médecin-chef du dispensaire, puis les malades passent devant une commission. Ensuite il faut attendre la décision du Conseil Municipal chargé de discuter l'opportunité de la prise en charge du malade par l'Etat. Souvent donc plusieurs mois se passent avant que le malade soit enfin en possession de son autorisation de départ en cure sanatoriale. Une fois parti, le malade nous échappe d'ailleurs entièrement et nous le perdons complètement de vue, sauf parfois quand il nous revient, renvoyé du sana où son état n'a pas subi d'amélioration malgré les nombreux mois de cure.

Le Docteur Léon KINDBERG se plaignait déjà de cet état de chose lorsqu'il écrivait en 1941 : « A Paris, par exemple, les malades que je destinai à la cure sanatoriale, faisaient l'objet de propositions sans effet direct ; les malades comparaissaient devant une commission qui, après un examen rapide les dirigeait sur divers établissements. Là, sous la direction d'un médecin sans liaison directe avec un Centre se trouvaient réunis des malades issus de diverses consultations dont les traitements avaient été commencés selon des directives diverses et qui d'ailleurs échappaient complètement dès lors à l'impulsion première. »

Mais il existe encore un dernier inconvénient que nous avons pu découvrir dans notre service spécialisé. Nous y recevons, en effet, de nombreux malades incurables qui nous sont adressés des divers sanas climatiques et départementaux et dont l'état ne laisse bien souvent aucun espoir. Il est juste et humain que ces malades ne soient pas abandonnés mais nous croyons qu'il ne devrait pas y avoir plus de place pour eux dans les sanas climatiques que dans les centres spécialisés chargés du traitement actif. L'effet moral que produisent les morts rapides et nombreuses de ces malades, qui nous arrivent à la dernière extrémité, auprès des sujets à lésions jeunes et en bonne voie de régression,

devrait suffire pour nous inciter à les isoler dans un endroit où ils pourront recevoir tous les soins que nécessite leur état.

Pour terminer, nous pouvons signaler l'inconvénient que peut représenter l'envoi de toutes les catégories de malades dans certains sanatorias départementaux, surgis un peu partout, sans tenir compte parfois des conditions climatiques de l'endroit où ils sont construits. Ils nous paraissent dans certains cas peu aptes à conduire vers la guérison certaines catégories de malades.

Nous venons de réaliser ce que l'on peut appeler avec raison, une critique de l'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse. Celle-ci est toujours aisée. Il ne nous reste donc plus, à présent, qu'à mettre en évidence les moyens qui, selon notre avis, devraient remédier à cet état de choses actuel.

DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

LE DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX

Le dispensaire antituberculeux reste le meilleur moyen de prophylaxie sociale de la tuberculose. C'est un organisme destiné à dépister les malades et il aura pleinement rempli le but qui lui est octroyé s'il arrive à réaliser le plus grand nombre possible de diagnostics précoces. En effet, le traitement des malades, qui constitue la seconde partie de la lutte antituberculeuse, sera d'autant plus actif qu'il sera effectué sur des lésions évolutives récentes. D'où l'importance et le rôle considérable que doit jouer le dispensaire dans l'organisation de cette lutte. Pour obtenir le meilleur rendement, tout dispensaire devrait posséder le personnel et le matériel indispensable à son bon fonctionnement. Il faut en effet que le malade indigent y trouve les mêmes garanties que le malade fortuné pourra demander à un spécialiste dans son cabinet.

ORGANISATION MATÉRIELLE

Tout dispensaire devrait posséder les locaux indispensables à son fonctionnement rationnel. Ainsi les malades à leur arrivée doivent pouvoir disposer :

- d'une salle d'attente;
- de cabinet de déshabillage;
- de salle d'interrogatoire avec classeurs de fiches.

Le médecin doit avoir à sa disposition : un cabinet où il effectuera tous les examens cliniques nécessaires au diagnostic, une salle de radio avec possibilité de réaliser les radiographies.

La radioscopie peut en effet ne pas permettre, même aux yeux les plus avertis, de découvrir certaines lésions discrètes qui seront mises en évidence par la radiographie.

M. le Docteur DUVAL, médecin-chef du service de phthisiologie de l'hôpital d'Orléans écrivait déjà en 1931 dans une étude sur la question : « A la lutte contre la tuberculose il faut un plan d'ensemble : nous avons un dispensaire, soit, mais il faut un dispensaire outillé, ne se contentant pas d'un examen radioscopique souvent insuffisant mais pouvant faire de la radiographie quand il le juge nécessaire, sinon je redoute le dispensaire, car avec la mentalité des malades qui se refusent à voir le danger, le dispensaire mal outillé risque de lui donner une fausse sécurité. »

Or, de nombreux dispensaires sont encore actuellement dépourvus d'appareils de radiographie.

Tout dispensaire doit de même avoir à sa disposition un petit laboratoire pour les recherches bactériologiques simples : examens de crachats en particulier.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

Le personnel médical est constitué dans chaque dispensaire, selon son importance, par un ou plusieurs médecins spécialisés, attachés à l'établissement, car la direction médicale par roulement doit être condamnée. Ceux-ci doivent consacrer la majeure partie de leur temps à leur emploi car les malades sont souvent nombreux et leur examen clinique, pour être réalisé dans de meilleures conditions possibles, doit être long et attentif.

Le médecin est assisté dans son travail par des infirmières visiteuses. Une grande partie du rôle de dépistage

d'un dispensaire est liée à la valeur et à l'action de ces dernières. Celles-ci, outre le service intérieur et l'assistance aux consultations, sont chargées du service extérieur et particulièrement des visites à domicile. Il faut à ces assistantes sociales, outre les connaissances de leur état, beaucoup de doigté et de bonté. Elles doivent donc conduire leur enquête avec beaucoup de circonspection et sans trop d'insistance de manière à ne pas lasser les malades. L'enquête médico-sociale est nécessaire pour mettre à jour la situation, le métier, les ressources du malade, l'état sanitaire de son logement, etc., mais cette inquisition doit être faite avec beaucoup de tact, de manière à ne pas froisser le malade, qui éprouve ainsi par la suite de la gêne et même de la répugnance à s'adresser aux services du dispensaire.

Chaque infirmière-visiteuse peut se charger en moyenne de soixante familles. Ainsi, d'après une statistique établie dans les départements de la Seine, un dispensaire antituberculeux peut difficilement suivre plus de neuf cents familles. La circonscription, desservie par chaque dispensaire, doit donc faire l'objet d'une stricte limitation.

FONCTION DU DISPENSAIRE.

Dépistage.

C'est là son rôle essentiel. Les malades lui sont adressés de diverses façons :

- par leur médecin,
- par les infirmières-visiteuses,
- par les médecins d'usines,
- par d'anciens malades,
- ou venus spontanément.

De toute façon ne devraient être acceptés aux services du dispensaire que les nécessiteux : le médecin traitant étant seul juge dans ce cas.

Enquête médico-sociale.

Elle se fait à la fois, nous l'avons vu, par l'infirmière-visiteuse, avec beaucoup de tact, sur tout ce qui intéresse le milieu familial du malade. Elle se continue par le médecin du dispensaire qui examine le sujet et même toute sa famille s'il est reconnu tuberculeux.

ORIENTATION MÉDICALE.

Si le malade n'est pas reconnu tuberculeux, tout se borne au diagnostic.

S'il possède par contre une lésion tuberculeuse avérée, le médecin du dispensaire l'enverra au Centre régional où il sera hospitalisé, classé et traité suivant son état. Une liaison constante doit donc exister entre le dispensaire et le centre régional chargé de l'application de la thérapeutique.

Poursuivant le même but, le dispensaire s'occupera des enfants, les écartera du domicile familial pour les envoyer :

en placement familial s'ils sont sains,

en préventorium s'ils sont suspects.

En principe donc, le dispensaire devrait s'occuper du dépistage, du triage des tuberculeux et de l'enquête médico-sociale auprès des familles qu'il se chargerait par l'intermédiaire de ses infirmières visiteuses d'éduquer par des conseils d'hygiène et de prophylaxie. Ceci représente déjà un travail considérable et suffisant. Le traitement serait effectué par le Centre régional qui resterait en contact étroit avec le dispensaire chargé d'ailleurs de lui fournir la plus grande partie de sa clientèle hospitalière. Seuls les dispensaires locaux éloignés pourraient continuer à exécuter certaines thérapeutiques constituées, il est vrai, presque en entier par l'entretien de pneumothorax artificiels.

Par contre, pour faciliter l'acheminement des malades vers les divers établissements de cures climatiques, il serait

retiré aux dispensaires le droit exclusif de décider de l'envoi d'un malade dans tel ou tel sanatorium climatique ou départemental. Cette décision serait plutôt à prendre par le médecin chargé de l'application du traitement: c'est-à-dire au médecin du Centre régional. Cette nouvelle réglementation demanderait une modification de la loi actuelle sur les dispensaires.

LE CENTRE REGIONAL ANTITUBERCULEUX

Une grande partie du dépistage des malades atteints de tuberculose pulmonaire et des suspects étant réalisée par le dispensaire, il reste maintenant à en organiser le traitement. Cette dernière tâche n'est pas moins nécessaire et utile que la première, car pour réaliser une lutte efficace contre la tuberculose, il ne suffit pas d'instaurer un dépistage bien ordonné des porteurs de bacilles, il faut encore réaliser une thérapeutique qui les conduira à la guérison.

Nous avons pensé pouvoir attribuer la première partie de ce rôle d'organisme de traitement à des « *Centres Régionaux* », qui en plus de centres de thérapeutique antituberculeuse, seraient chargés de l'observation des suspects et du classement médical des malades. Ces établissements seraient donc appelés à recevoir les tuberculeux et à établir avec tous les moyens à leur disposition, un diagnostic de certitude sur l'état de leurs lésions pulmonaires. Puis il serait institué pour eux un traitement dirigé et suivi, soit au Centre même, soit dans les établissements de cures sous sa dépendance.

Il nous semble nécessaire d'organiser un tel Centre dans chaque région et pour les départements à grosse population, dans chaque département: leur nombre devant dépendre de la densité de la population ainsi que du pourcentage des malades, ce dernier réglant le nombre des hospitalisations et ainsi l'importance de l'établissement.

ORGANISATION MATÉRIELLE.

Cet hôpital départemental ou régional antituberculeux devrait, pour être apte à réaliser ces buts, comprendre une organisation vaste et variée dont nous allons passer en revue les principaux rouages.

Hospitalisation.

Le Centre doit d'abord comprendre une hospitalisation importante, conçue sur le type sanatorial. Ceci implique l'existence de vastes salles bien exposées, bien aérées, ayant leur intérieur disposé sous forme de boxes de deux à quatre lits. La séparation des malades devra être également envisagée, de manière à grouper dans les diverses salles, certaines catégories de malades bien définies et différentes, telles que :

- les suspects,
- les malades en cours de traitement d'attaque,
- les malades en instance de départ en cure sanatoriale,
- les malades susceptibles d'être opérés chirurgicalement.

Les malades n'étant pas astreints à rester en permanence allités, auraient de plus des galeries de cure bien aménagées et bien exposées à leur disposition.

Radio.

Des installations radiologiques importantes sont nécessaires et même indispensables dans de tels établissements : chambre de radioscopie aux étages supérieurs, installation radiographique centrale suffisamment puissante, apte aux clichés les plus variés et permettant de multiples incidences et positions du malade. On adjoindra également à ce dispositif un appareil de tomographie permettant d'examiner les lésions par coupe et d'un grand intérêt principalement dans les pleurésies interlobaires, abcès du poumon, etc...

Laboratoire.

Des laboratoires doivent également être rattachés au Service pour les recherches bactériologiques et chimiques. Il est nécessaire de pouvoir effectuer rapidement les divers examens utiles en vue de préciser un diagnostic, et d'avoir en mains tous les éléments permettant d'établir un pronostic, de manière à guider la thérapeutique. Les recherches de bacilles de Koch, par examen direct et même parfois par inoculation aux cobayes, sont en effet à effectuer périodiquement. Il en est de même d'ailleurs d'autres examens de laboratoires tels que la numération globulaire, la vitesse de sédimentation, etc...

Ces laboratoires, pour fonctionner dans de bonnes conditions, devraient naturellement posséder un personnel compétent, des locaux adéquats et tout le matériel scientifique nécessaire.

Otorhinolaryngologie.

Il nous semble aussi nécessaire de pourvoir le Centre d'un Service d'Otorhino, rendant possible les diverses enquêtes diagnostiques et les thérapeutiques usuelles. Le phtisiologue a souvent besoin des conseils de son collègue l'otorhino, pour des malades dont les lésions tuberculeuses atteignent principalement le larynx. Il serait de plus possible de faire réaliser par le spécialiste les manœuvres endobronchiques et la broncoscopie dont la valeur n'est pas à négliger. Ceci nécessite également l'existence au Centre de tout le matériel indispensable.

Centre de chirurgie pulmonaire.

Il ne manque plus à présent, pour compléter l'organisation de notre établissement, que d'adjoindre au dispositif précédent, la salle de chirurgie pulmonaire, dotée de tous les dispositifs et de tous les instruments indispensables pour réaliser dans de meilleures conditions possibles : les thora-

coplasties, pneumothorax extrapleurale, et autres opérations nécessaires à la thérapeutique anti-tuberculeuse. Nous disposerions volontiers à côté de cette salle de chirurgie, une salle spéciale réservée aux pleuroscopies, sections de brides, lavages de plèvres, etc...

Ainsi serait réalisée l'idée émise par de nombreux phthisiologues de la nécessité de créer des « Centres Régionaux de chirurgie pulmonaire » spécialement conçus et réalisés pour ces genres d'opérations. Les malades pourraient être ainsi traités par des chirurgiens spécialisés dans la question, attachés au Centre et pouvant réaliser, avec toute la compétence voulue, les nombreuses et variées opérations pulmonaires qui leur seraient adressées de toute la région. Il nous paraît, en effet, que les opérations chirurgicales effectuées sur les tuberculeux et principalement la thoracoplastie sont des entreprises choquantes, de longues durées, à plusieurs temps et qui seraient suivies de résultats d'autant plus remarquables, que les chirurgiens chargés de les effectuer seraient plus habitués et plus entraînés à ce genre d'opérations. Ce but sera pleinement réalisé par l'adjonction aux Centres Régionaux d'un Centre de chirurgie pulmonaire. Dans certaines régions climatiques, les sanatoria de cures se sont assurés la collaboration de chirurgiens spécialisés, réalisant ainsi cette idée, qui devrait être appliquée dans chaque département.

Consultation externe.

En liaison avec ce dispositif d'hospitalisation, devrait exister une *consultation externe, à la fois de diagnostic et de traitement*. Le diagnostic serait à réaliser sur des sujets en grande partie venue par leur propre initiative, s'étant alarmés de leur état. Tous les malades, tous les suspects ne pouvant tout d'abord être envoyés à cette consultation, le Centre devrait donc à ce sujet entrer en rapport direct avec les dispensaires et les médecins praticiens. Cette consultation ne nous semble pas devoir faire double emploi

avec les dispensaires. En effet, ce dernier trouve surtout sa clientèle envoyée par les médecins traitant, tandis que le malade préfère se rendre lui-même à la consultation d'un hôpital. Nous avons vu pourquoi le malade hésite souvent à se présenter au dispensaire sur sa propre initiative.

Quant au traitement, effectué à la consultation externe, il serait en majeure partie constitué par des pneumothorax anciens à entretenir chez des sujets, pouvant même avoir repris une occupation et séjournant dans leurs foyers. Ceci déchargerait certains dispensaires qui en plus du dépistage ont entrepris de réaliser certains traitements.

ORGANISATION MÉDICALE.

Une organisation de l'importance que nous venons de voir, demande forcément une direction médicale non moins conséquente. Le médecin-chef qui en aura la charge et en sera l'animateur, devra donc être entouré de nombreux collaborateurs et assistants attachés à l'établissement. Il devra être entouré pour répondre aux besoins des divers Services : de médecins radiologues, de spécialistes otorhino, ainsi que de chirurgiens également spécialisés. Il aura de plus à sa disposition divers assistants et internes chargés de le seconder dans sa tâche.

Pour conserver la centralisation de toute l'organisation thérapeutique des malades, le médecin-chef aurait de plus à entrer en rapport direct, à rester en contact constant avec l'organisation médicale des autres établissements chargés de continuer le traitement et qui seraient sous son entière dépendance. Le Centre régional aurait en effet à sa disposition divers sanatoria climatiques de cure, ainsi que des hôpitaux sanatoria départementaux, dont nous ébaucherons le fonctionnement par la suite.

Il serait souhaitable, si l'on veut concevoir une organisation méthodique et suivie du traitement, donc de la lutte antituberculeux, que le chef du Centre et ses collabora-

teurs puissent suivre leurs malades, même sortis de leur établissement. Pour cela le médecin-chef du Centre devrait être en liaison constante avec le personnel médical des sanatoria de cure et des hôpitaux sanatoria, discutant périodiquement avec les médecins de ces établissements, des admissions, sans passer par l'intermédiaire du dispensaire et de diverses commissions. Il serait non moins nécessaire, qu'à intervalles réguliers, le médecin-chef du Centre, ait à inspecter les établissements sous sa dépendance, pour juger de l'évolution obtenue et discuter avec les médecins des modifications thérapeutiques importantes à réaliser. Il en est de même des médecins des dispensaires, qui devraient rester en liaison étroite et constante avec le Centre régional.

Cette organisation médicale centralisée et suivie, réalisée de la sorte dans une région, nous semble la plus apte à obtenir les meilleurs résultats au sujet du traitement de la tuberculose; ce dernier serait, en effet, continu et suivi contrairement à ce que nous voyons actuellement.

FONCTIONNEMENT DU CENTRE RÉGIONAL.

Classification.

Maintenant que nous avons un aperçu de ce que serait l'organisation matérielle et médicale du « Centre régional », nous allons en examiner le fonctionnement. Nous suivrons ainsi les malades de leur entrée jusqu'à leur sortie de l'établissement. Ceux-ci y seront hospitalisés: envoyés soit par le dispensaire, soit par leur médecin traitant ou bien à la suite de leur visite à la consultation externe du Centre.

Il sera, dès le début, établi pour chaque malade un dossier où seront consignés les résultats de tous les examens réalisés à son sujet. Ainsi seront mis en évidence et notés: les signes fonctionnels et généraux éminemment variables et souvent non pathognomoniques, les signes stéthacoustiques plus importants, et les signes radiologiques. Nous

n'oublierons pas la recherche des bacilles de Koch, par simple examen direct ou au besoin après homogénéisation, culture ou inoculation au cobaye. Une expectoration inapparente pourra même nécessiter un sondage gastrique, pour mettre en évidence le BK recherché. De la sorte nous serons en présence d'un diagnostic de certitude, qui doit la plupart du temps être obtenu sans trop de difficulté et qui nous permettra de classer les malades suivant plusieurs catégories: les suspects, les curables, les incurables.

Que vont devenir maintenant ces divers malades hospitalisés, leur triage étant effectué? Pour les suspects, ce sera le maintien en observation un certain temps. Les curables se verront instituer un traitement d'attaque immédiat. Quant aux incurables ils seront dirigés sur les hôpitaux-sanatoria départementaux et nous les suivrons ultérieurement.

Le premier rôle du « *Centre régional* » sera donc de réaliser une sélection, un triage des malades qui lui seront adressés après avoir établi à leur sujet un diagnostic de certitude. C'est en organisant ainsi un diagnostic précoce et en gardant en observation les suspects, que les cas qui s'avèrent à l'examen invétérés et incurables seront de moins en moins nombreux.

Observation.

Les suspects, avons-nous dit, resteront en observation. Nous suivrons périodiquement leur courbe de poids, leur expectoration, les signes stéthacoustiques qu'ils peuvent présenter. Une radioscopie pulmonaire sera effectuée toutes les semaines, de même que les recherches de BK. Bénéficiant de plus de tous les avantages d'une cure de repos et de bonne alimentation, ces malades se trouveront dans les meilleures conditions possibles pour résister à l'infection. Si cette dernière réalisait malgré tout chez eux une lésion évolutive, le traitement d'attaque serait aussitôt effectué.

Traitement.

Instituer un traitement immédiat et rapide des malades curables, sera d'ailleurs un des buts du Centre régional. Cette catégorie de malades devrait représenter la majorité des cas: tuberculose d'évolution récente sinon de première poussée évolutive, à prédominance unilatérale. Les lésions peuvent même être aussitôt assez étendues si elles sont jeunes sans organisation scléreuse secondaire, sans destruction définitive, elles sont susceptibles de régression complète et de cicatrisation. Le Centre régional sera donc chargé d'effectuer la première partie de ce traitement d'attaque, qui sera constitué pour la plupart par la création d'un pneumothorax artificiel. Ce dernier représente, en effet la seule thérapeutique efficace, que nous possédons contre la tuberculose pulmonaire, et les résultats que l'on peut en espérer croissent avec la précocité de sa décision. Malgré cela tous les collapsus ne seront pas parfaits. D'où l'intérêt d'avoir à sa disposition un médecin et un chirurgien spécialisé qui pourra réaliser: les sections de brides dont l'efficacité est aussi fonction de la précocité de l'intervention et toutes les interventions chirurgicales, en outre :

les thoracoplasties,

les pneumothorax extra-pleuraux qui, effectués suivant la technique voulue peuvent réaliser un collapsus total du lobe supérieur.

Le Centre régional sera donc un organisme d'observation, de sélection et de traitement. Tout sera mis en œuvre pour guérir les malades le plus rapidement possible. Ayant paré ainsi au plus pressé: l'exécution du traitement, il ne restera plus qu'à envoyer nos malades curables en sanas où leur sera continué le traitement commencé et où ils jouiront en plus du climat nécessaire à leur organisme. Quant aux autres, ils seront rassemblés dans les hôpitaux-sanatoria départementaux.

LES SANATORIA DE CURE CLIMATIQUE

Les malades, qui vont nous occuper en premier lieu, à la sortie des Centres régionaux, sont ceux qui présentent des lésions curables. Nous les dirigerons vers des sanatoria climatiques. Ces établissements, rappelons-le, sont des Centres de cure et de traitement où doivent se trouver réunis, sous la direction d'un médecin qualifié, et dans un site approprié, tous les moyens médicaux et chirurgicaux qui constituent actuellement l'arsenal de thérapeutique antituberculeuse. Si le sanatorium n'est pas en effet le seul moyen de traitement de la tuberculose, il constitue le seul mode d'assurer aux tuberculeux toutes les ressources d'une bonne cure hygiénodiététique et contribue puissamment à la prévention de la tuberculose.

Point n'est besoin d'insister sur l'utilité de la cure sanatoriale, sur sa place prépondérante dans la thérapeutique antituberculeuse, sur son efficacité. Citons seulement à ce sujet la déclaration du professeur E. SERGENT, dans une communication à l'Académie de Médecine, en mai 1933 : « Quel est le phtisiologue impartial et dégagé de tout dogmatisme qui pourra prétendre que les moyens de thérapeutiques antituberculeuses, dont je suis le premier à reconnaître la valeur incontestable, ne sont pas d'autant plus efficaces qu'ils sont associés à des conditions hygiénodiététiques dont la cure sanatoriale représente la réalisation la plus sûre. »

D'autre part, le Docteur Léon KINDBERG, ancien chef du Service de phtisiologie de l'hôpital Beaujon, écrivait dans *Toulouse Médical*, en mai 1941, au sujet de la cure sanatoriale : « Je crois qu'elle doit continuer à jouer un

rôle et un rôle important. En fait j'envoie en sanatorium la quasi totalité de mes malades. La cure diététohygiénique et climatique m'apparaît comme un complément inestimable de mes traitements. »

Quel sera donc notre point de vue au sujet de la cure sanatoriale et des sanas dans notre étude sur l'organisation de la lutte antituberculeuse? En effet, les établissements de cure existent dans des climats et contrées variables: en plaines et en montagnes. Certains sont luxueux, mais tous possèdent le matériel et les locaux indispensables aux traitements médicaux aussi bien que chirurgicaux. Le personnel médical est constitué par des médecins spécialisés et compétents aidés par des chirurgiens habiles. Il semble à première vue que l'organisation des sanas de cure a été exécutée, selon un plan qui ne nécessite que peu de modifications capables d'accroître le nombre de guérisons. Nous n'avons d'ailleurs découvert que peu de modifications à apporter à cette organisation.

Nous étudierons successivement :

la catégorie de malades à y hospitaliser,

la durée de la cure,

la liaison Sana, Centre régional et Hôpital-sanatorium.

Tuberculeux soignés en cure climatique.

Il serait souhaitable tout d'abord que les sanatoria cessent d'être seulement un refuge plus ou moins durable au cours de l'évolution tuberculeuse. Dans des conditions matériellement réalisables, ils doivent, au contraire, collaborer à une cure véritable. Ceci implique la notion que nous ne devrions envisager leur utilisation provisoire pour les cas trop sévères que nous n'avons pu reconnaître et traiter à temps.

Les tuberculeux curables seuls devraient donc être admis en sana ainsi: ces formes à prédominance unilatérale,

dont le début de traitement a été effectué dans les centres spécialisés régionaux et dont le nettoyage radiologique commence à se réaliser, l'amélioration s'affirme, l'expectoration se raréfie et se stérilise. C'est alors que la cure hygiénodiététique, consolidant les résultats obtenus, va donner son plein effet. Pour ceux-ci, au centre de diagnostic et de traitement, succèdera le sanatorium. Leur proportion peut et doit devenir de plus en plus considérable jusqu'à exclure à peu près complètement les autres catégories.

Durée de la cure.

Mais il y a un intérêt à ce que la cure sanatoriale ne s'allonge pas outre mesure. Il ne faudrait lui réserver que les mois où elle pourra agir avec sa pleine efficacité. Ainsi la cure sanatoriale ne devrait en droit : pour des raisons médicales et en fait : pour des raisons matérielles, être trop longues. Ecourtons donc, sans toutefois nuire au bon rétablissement du malade les cures à durée excessive, dont les exigences budgétaires, que ce soit l'Etat ou le sujet qui les supporte et les conséquences individuelles, familiales, sociales, s'avèrent pesantes à l'extrême. Elles ne doivent pas faire du tuberculeux guéri un sujet personnellement diminué et socialement inapte. Moins la cure sera longue, plus la réadaptation au travail sera facile et plus la récupération sera importante. La reprise de l'activité individuelle et sociale est une nécessité. Elle ne saurait être tardive à l'excès. En moyenne, la durée de la cure climatique ne devrait donc pas être supérieure à une année.

Organisation et fonctionnement des sanas de cure.

Considérant à présent l'organisation des sanas de cure, nous estimons qu'il y a tout intérêt à ce qu'il existe une articulation intime et immédiate entre le Centre régional et le sana. Chaque Centre, nous l'avons vu, aurait à sa disposition un nombre suffisant d'établissements situés à la plaine ou en montagne, dans des contrées à situations

climatiques variables. Ainsi, chaque malade pourrait être dirigé facilement vers le sana dont le climat et la situation géographique conviendraient le mieux à son cas, à son tempérament. Ainsi, les lymphatiques pourraient être envoyés dans un climat sec et tonique d'altitude, les sanguins : en altitude moyenne, les bilieux et nerveux : à la plaine. Une liaison directe et permanente existant de fait entre les médecins de Centres et ceux des sanas sous leur dépendance, nous verrions l'organisation actuelle simplifiée et rendue plus efficace. Les malades seraient, en effet, admis au sana après entente directe entre le médecin du Centre et celui du sana sans passer comme actuellement par le dispensaire ou devant une commission chargée de statuer sur leur cas. Ce nouvel état de choses faciliterait les admissions évitant les trop longues attentes entre la demande de séjour en sana et l'arrivée de l'autorisation de départ.

Dans le même ordre d'idée, pour activer le plus possible le transfert des malades du Centre aux sanas, l'Administration de ces derniers pourrait adresser mensuellement au Centre un état des places vacantes dans son établissement.

Quant à la question du règlement des frais de séjour de ces malades nécessiteux : ceux dont nous nous occupons dans cette étude, il serait préférable de créer une Caisse régionale d'assistance aux tuberculeux qui opérerait directement les règlements de comptes plutôt que de recourir aux multiples et difficiles démarches et formalités administratives actuelles.

LES HOPITAUX SANATORIA

LES INCURABLES COUCHES,

Nous venons d'étudier l'organisation rationnelle du traitement des malades dont les lésions laissent espérer à juste raison une guérison plus ou moins proche. Mais les dispensaires et les Centres régionaux, dans leur travail de classement, nous présentent une autre catégorie de malades, dont nous allons nous occuper à présent. En effet, dans la masse des tuberculeux il y a une distinction essentielle à faire: il nous faut mettre à part un groupe trop considérable, malheureusement, de sujets pour la plupart pratiquement inguérissables: ce sont des malades présentant des lésions anciennes, étendues, invétérées, bi-latérales.

Nous ne pouvons laisser ces malades encombrer les Centres régionaux qui ont mieux à faire que de s'occuper des incurables. Il n'y a d'autre part aucun intérêt à faire, à leur sujet, la dépense d'une cure climatique, qui ne pourra leur rendre le service d'améliorer leur état pulmonaire. Ce sont ces malades qui, actuellement, sont ballotés de l'hôpital aux divers sanas et de ces derniers à l'hôpital en passant parfois par leur foyer. Ils finissent d'ailleurs, pour la plupart, dans un service d'hôpital où ils meurent.

Nous devons pourtant, à la fois pour des raisons d'hygiène prophylactique et d'humanité, nous occuper d'eux; soulager le plus possible leur pénible existence, faire en sorte qu'ils ne soient pas source de contagion trop grande. Pour tous ces incurables, ne pourrions-nous organiser un

lieu de repos, qui serait également un Centre de traitement au cours de leurs poussées évolutives. Mais si nous avons comme devoir de les soigner de notre mieux, il est raisonnable d'opérer cette réalisation avec le moins de frais possible. Voyons donc comment nous pourrions mettre sur pied cette organisation.

Nous avons constaté un peu partout l'existence des sanatoria départementaux chargés de recevoir actuellement toutes les catégories de tuberculeux aussi bien curables qu'incurables. Ne serait-il préférable de réorganiser ces établissements, de manière à n'y admettre que la catégorie des incurables. Nous verrons par la suite qu'il serait possible d'y adjoindre également un autre groupe de malades non moins intéressant : à savoir ceux qu'il est nécessaire de rééduquer avant de les rendre à leur vie familiale.

Ces sanatoria existent dans presque tous les départements, sans tenir compte parfois de la situation géographique, du climat, du terrain. Ils sont souvent peu aptes à conduire à la guérison ces tuberculoses d'évolution récentes, encore jeunes, sinon de premières poussées évolutives, diagnostiquées dès les premiers soupçons, qui se présentent comme aptes à la régression et dont le traitement serait exécuté le plus efficacement possible dans les sanatoria climatiques.

Organisation matérielle.

L'organisation matérielle de ces hôpitaux sanatoria serait donc rendue facile par l'utilisation de bâtiments et de services déjà existants : d'où la dépense moins élevée et l'organisation plus rapide à exécuter. Il serait cependant nécessaire de songer à la séparation dans des quartiers différents de nos deux catégories de malades à hospitaliser. Cette création de quartiers séparés nous paraît une nécessité, car il semble peu possible, pour de multiples raisons : hygiéniques, matérielles, médicales, d'admettre dans les mêmes bâtiments ou salles ceux dont notre but doit être

d'alléger leurs souffrances, et ceux dont notre souci serait de faciliter leur retour à une vie plus ou moins active.

La seule organisation supplémentaire serait la construction, ou si possible l'organisation dans les bâtiments existants d'un certain nombre d'ateliers nécessaires à la mise en œuvre de cette rééducation, dont nous nous entretenons ultérieurement.

Organisation fonctionnelle.

Ces hôpitaux-sanatoria seraient en rapport direct avec les Centres spécialisés régionaux et avec les sanas climatiques. Ces établissements pourraient avoir ainsi la possibilité d'y envoyer leurs malades directement sans être obligés auparavant de présenter leurs cas, soit aux dispensaires, soit devant une commission.

Organisation médicale.

Quant à la direction médicale, elle pourrait rester ce qu'elle est à présent: les médecins des sanatoria départementaux actuels ayant comme nouvelle tâche de s'occuper des incurables et de surveiller la rééducation. Le personnel médical pourrait même y être restreint au profit des Centres régionaux, qui en auraient un plus grand besoin, ces nouvelles attributions n'étant pas si accaparantes que celles qui lui étaient réservées en s'occupant des tuberculeux de tous ordres avec les soins multiples que cela implique.

Le médecin-chef du Centre régional devrait d'autre part être en liaison étroite avec les médecins de ces hôpitaux-sanatoria, comme il le serait d'ailleurs avec ceux des dispensaires et du sana climatique, de manière à former un tout fonctionnant par entente immédiate entre les chefs de services, sans commission interposée. Ce contact direct rendrait ainsi plus rapide les admissions dans les divers établissements.

Avantages.

Quels avantages pouvons-nous découvrir à la suite d'une telle organisation? Ils sont variables et dignes d'intérêt.

Le rassemblement des incurables dans ces hôpitaux départementaux aurait pour premier effet de désencombrer les autres établissements, qui souvent refusent des nouveaux malades, ou les font attendre un temps plus ou moins long avant de les admettre, faute de place pour les recevoir. Pour les incurables, nous l'avons déjà mentionné, il ne peut être question de cure au sens propre du mot. Il ne faut pas confondre le sanatorium climatique avec un conservatoire d'incurables ou une maison de placement prophylactique.

Ces malades, d'autre part, ne se verront pas, comme cela existe trop souvent actuellement, ballotés d'un endroit à l'autre: l'hôpital pour s'en débarrasser, les dirigeant vers le sana et inversement. Ils auront de plus l'avantage dans ces établissements départementaux, de se trouver dans leur pays d'origine, c'est-à-dire non loin de leur famille.

Enfin, il est un avantage qui n'est pas à dédaigner car il intéresse la collectivité de la Nation qui a pris en charge ces malades. Cette organisation nous semble pouvoir s'exécuter sans beaucoup de frais supplémentaires, nous avons vu pourquoi précédemment.

Ces malades dont nous venons de nous occuper posent un problème qui peut être plus social que médical; mais on doit espérer que leur nombre diminuera dans de notables proportions. La plupart d'entre eux, l'immense majorité, représente en effet des diagnostics tardifs, ou des diagnostics longtemps erronés, ou des erreurs obstinées de traitement. Si nous sommes armés efficacement pour reconnaître de bonne heure la tuberculose pulmonaire et la combattre avec succès lorsque nous intervenons à temps, ce groupe devrait être appelé à disparaître progressivement.

LES INCURABLES FIBREUX ET LES TUBERCULEUX GUERIS

LE PROBLEME DE LA REEDUCATION

C'était donc aux incurables couchés que nous avons réservé une première place dans nos hôpitaux-sanatoria. Il existe une seconde catégorie de malades qui n'est pas moins importante ni moins digne d'intérêt que la précédente et qui pourrait bénéficier avantageusement d'un séjour dans ces anciens sanas départementaux. Nous voulons parler des incurables fibreux non contagieux, sans poussées évolutives et de ceux qui reviennent des sanas climatiques, cliniquement guéris de leurs lésions pulmonaires après leur traitement et leur cure.

Ces individus sont en effet aptes à être rendus au sein de la société, et n'étant plus susceptibles d'aucun traitement actif hospitalier, ils retourneront dans leurs foyers. Ils présentent en effet une stabilisation de leur état caractérisée par une température normale, une reprise du poids, une disparition des troubles fonctionnels, une modification des clichés radiographiques montrent l'effacement, la limitation ou la transformation des images pathologiques, enfin une absence de BK dans l'expectoration.

Mais ce retour à une vie presque normale qui doit donc s'effectuer, ne peut être brusquée. Il faudrait à ces sujets un séjour de transition qui leur permette de se réadapter progressivement à leur ancienne vie de travail qu'ils vont retrouver. Pourquoi ne pas organiser cette réadaptation dans les hôpitaux-sanatoria.

Son but.

Nous abordons ainsi le problème de la récupération des tuberculeux pulmonaires. Cette récupération sociale est en

effet une question dont l'importance apparaît de plus en plus grande. Pourtant il y a une vingtaine d'années on n'en parlait guère ! Il était implicitement admis qu'un tuberculeux pulmonaire était perdu pour la société. Lorsqu'il quittait le sanatorium, même très amélioré, et pratiquement guéri, il était presque toujours à la charge de la collectivité, que sa situation de fortune lui permit de vivre sans travailler ou qu'il fut assisté. La loi des pensions sanctionnait d'ailleurs cet état de chose admettant comme définitive et complète l'invalidité due à la tuberculose après quatre ans de réforme temporaire.

Son utilité.

Actuellement, le nombre des malades est toujours aussi élevé, mais il entre en ligne de compte un nouveau facteur qui devrait nous insiter à chercher tous les moyens en notre possession pour réaliser la rééducation des malades guéris de manière à alléger les charges déjà lourdes de la société. En effet, le pronostic de la maladie s'est grandement amélioré pour bien des raisons :

- la cure sanatoriale instituée précocement à la suite d'un travail de dépistage de plus en plus efficace et actif ;
- l'éducation du public qui devient moins rétif à un séjour en sanatorium ;
- la généralisation du pneumothorax artificiel ;
- le perfectionnement de la technique et les progrès de la chirurgie pulmonaire.

Tous ces facteurs se combinent pour permettre à un plus grand nombre de malades de reprendre tôt ou tard un travail effectif. L'intérêt de la rééducation du malade à sa sortie du sanatorium est donc évidente. Puisque nous arrivons à obtenir un plus grand rendement au point de vue des guérisons il serait souhaitable que nous obtenions aussi une amélioration en ce qui concerne le travail effectif de ces anciens malades.

Sa nécessité.

Une organisation efficace de la récupération des tuberculeux, si elle est utile, elle est de plus nécessaire. Un malade qui depuis deux, trois années parfois plus a quitté son métier, a cessé toute activité manuelle, ne peut, du jour au lendemain sans inconvénient pour son état de santé, reprendre les occupations qu'il effectuait, alors qu'il était en possession de toutes ses forces.

Que deviendra-t-il si cliniquement guéri ou incurable stabilisé, n'étant de toute façon plus susceptible d'être traité ni au sanatorium climatique ni au Centre spécialisé, il est rendu à ses foyers? Cet individu est en effet devenu apte à reprendre une occupation qui lui permettra de subvenir à ses besoins et à ceux des siens : ce qui implique d'ailleurs la notion qu'il ne pourra être pris en charge par la société. Il se verra donc dans l'obligation d'aller à la recherche d'un travail et il se tournera en premier lieu vers le métier qu'il exerçait avant sa maladie. Or cette reprise de l'ancien emploi est loin d'être toujours possible sans nuire à la santé du malade, sans l'exposer à de nouvelles poussées évolutives qui pourraient lui être fatales. Tout tuberculeux guéri est dans l'obligation de se soumettre à une discipline à laquelle il a appris à se plier au cours de sa cure sanatoriale et dont les principales directives sont les suivantes : absence de surmenage de tous ordres, pas de séjour prolongé dans un air confiné, une bonne alimentation.

Difficultés du problème.

Comment pourrions-nous envisager la récupération de ces tuberculeux? Ce problème est malheureusement très complexe et l'on pourrait croire à première vue qu'il ne comporte que des solutions applicables individuellement. De nombreux facteurs entrent en jeu en effet. Il faut tenir compte à la fois : de l'état du malade à la fin de son traitement : passage à la chronicité, ou la guérison;

de son âge;
de ses ressources pécuniaires;
de sa situation de famille;
des conditions climatiques de l'endroit qu'il habite.

Malgré toutes ces considérations et d'autres encore qui ne doivent cependant pas être perdues de vue, il ne nous semble pas impossible de résoudre ce problème, en apparence complexe, de la récupération des tuberculeux.

Le village tuberculeux.

La conception de villages spécialisés, de région de cure où vivraient d'une activité restreinte et ordonnée tous les sujets améliorés ou guéris si elle apparaît séduisante, si localement elle a donné lieu à quelques réalisations relativement satisfaisantes, ne saurait être qu'un pis-aller : la médiocrité de l'avenir offert, le budget écrasant qu'exigerait semblable méthode sont à considérer sans illusion.

A Leysin, pour les osseux, le Docteur ROLLIER a fait construire une clinique manufacture qui est une réalisation magnifique, mais nous ne pouvons demander à l'Etat de nous construire quelque chose de semblable dans chaque département.

En Angleterre, à Patworth Hall (Cambridge), existe une organisation de village de tuberculeux qui comprend tous les éléments nécessaires à la cure et à l'existence des tuberculeux de toute catégorie. Un hôpital reçoit les malades dont les lésions donnent l'impression qu'ils peuvent être améliorés et remis au travail, et hospitalise les malades du village dont l'état s'est aggravé. Après le traitement est effectuée une cure de repos et une cure d'entraînement au travail sous surveillance médicale : travail d'atelier, de jardinage, d'élevage, etc... Ensuite vient une épreuve de vie moins surveillée au point de vue médical. Si cette épreuve réussit, les malades peuvent s'installer dans une des maisons du village où ils peuvent y amener leur famille.

Nous avons vu que le financement de telles entreprises est un des inconvénients qui empêche leur généralisation.

Les sanatoria climatiques sont nombreux en France et possèdent chacun un nombre important de lits. Or, il faut souvent plusieurs mois d'attente avant de pouvoir y admettre un malade. Combien de temps faudrait-il patienter avant de pouvoir faire hospitaliser un tuberculeux dans un de ces villages que le nombre des malades obligerait de multiplier dans toute la France et dont la construction grèverait notre budget.

Classification des travailleurs.

Il nous semble que l'on peut résoudre ce problème plus simplement. Considérons d'abord les tuberculeux au point de vue de leur métier. *Nous pouvons établir une classification en deux catégories principales : les intellectuels et les manuels.* Pour ces derniers, la réadaptation est plus difficile, impossible même dans certaines professions, qui doivent être abandonnées. Quant aux intellectuels, tous les malades devraient, sauf quelques rares exceptions, pouvoir s'adonner à leur ancien métier. Mais si la profession de certains peut leur permettre de passer sans transition de la vie de sanatorium à celle que leur exige leur travail, d'autres par contre peuvent se voir dans l'obligation de ne pas reprendre prématurément une vie qui serait par trop active.

Nous voici donc en présence de diverses catégories, bien définies de travailleurs, anciens tuberculeux évolutifs, qu'il nous faut rendre dans le plus bref délai et dans les meilleures conditions possibles à la société.

Récupération des travailleurs intellectuels.

En ce qui concerne les travailleurs intellectuels, avons-nous dit, la récupération est plus facile, étant donné que la dépense physique demandée est moins importante. Beaucoup d'employés de bureaux, d'employés de commerce

peuvent, à la suite d'une cure pas trop longue, se réadapter sans grand effort.

Pour ceux qui pourraient reprendre leur travail immédiatement, nous conseillons la création de sections spéciales dans les bureaux de placement de manière à leur faciliter la recherche d'un nouvel emploi adapté à leur nouvelle situation et ce, dans le but de les occuper dès leur retour dans leur foyer.

Quant à ceux dont l'emploi ne permet pas de reprendre d'emblée une vie malgré tout par trop active, nous envisageons à leur sujet la notion de prêts à leur accorder : vœux émis déjà à plusieurs reprises par des médecins spécialistes phthisiologues. Ces prêts seraient pour eux une aide apportée en vue de la reprise progressive d'un travail abandonné depuis plusieurs années. Cette reprise de l'emploi délaissé, aussi bien que le travail effectué forcément au ralenti, du moins au début, nécessitant des capitaux d'avance que ne possède souvent pas celui qui vient de subir un long traitement au sanatorium.

La question de prêts aux tuberculeux guéris cliniquement et reprenant leur travail, possède d'autre part un avantage économique sur la pension en ce sens qu'elle oblige l'ancien malade, pour effectuer le remboursement de son prêt à plus ou moins longue échéance, à travailler, suivant ses forces bien entendu, mais avec plus d'ardeur que s'il était en possession d'une pension.

En France nous arrivons à guérir beaucoup de malades. Mais la somme d'argent dépensé pour aboutir à ces guérissons l'est trop souvent en pure perte, au point de vue économique, faute d'organiser la récupération des tuberculeux et de leur donner ainsi la possibilité de reprendre un travail normal.

Récupération des travailleurs manuels.

Nous avons à nous occuper à présent des travailleurs manuels et c'est à leur sujet que nous allons revenir à

l'étude que nous avons commencée de l'organisation des sanatoria départementaux.

Le problème de la réadaptation de cette catégorie de travailleurs est beaucoup plus ardue, étant donné que certains d'entre eux exerçaient une profession qu'il leur est impossible de reprendre à la fin de leur maladie, entre autre celle de mineur, boulanger, forgeron, etc...

Pour remédier à cet état de choses, deux solutions sont à envisager qui sont loin de s'exclure: la reprise progressive du travail ou l'apprentissage d'un nouveau métier. Ce nous semble être les seuls moyens pour arriver à notre but qui est de rendre le plus de travailleurs possible à la société en obtenant d'eux le rendement maximum qu'il leur est possible de fournir à la Nation.

Les Centres de récupération manuelle des hôpitaux-sanatoria.

Suivant notre point de vue il serait donc nécessaire d'organiser des Centres de réadaptation manuelle sur lesquels seraient dirigés les malades à la sortie des sanatoria climatiques.

Ces Centres qui, en plus de leur direction technique, devraient être sous la surveillance d'un contrôle médical ne pourraient-ils être organisés dans les hôpitaux-sanatoria?

Cette organisation aurait plusieurs avantages dont les principaux: l'utilisation de bâtiments déjà existants,

— l'existence d'un contrôle médical déjà constitué et représenté par les médecins de ces hôpitaux-sanatoria. Nous n'avons donc pas là le budget écrasant que constituerait la création de villages spécialisés. Un autre avantage à signaler: celui du retour des malades dans leur département d'origine, non loin de leur domicile et de leur famille, ce qui aurait peut-être pour effet de les décider plus facilement à effectuer ce petit stage supplémentaire, qui les réhabituerait progressivement à un travail et à une vie normale.

Quels malades seraient susceptibles de profiter d'une telle organisation? Ce sont les malades en fin de cure sanatoriale, soit guéris, soit fibreux, donc incurables mais de par leur état, aptes à effectuer un certain travail. La cure climatique devant être, nous l'avons vu, la plus brève possible, un séjour de quelques mois dans ces Centres de réadaptation manuelle où les sujets seraient suivis médicalement, tout en travaillant, donc sans être astreint à la discipline des sanatoria, ne pourrait que leur être utile et profitable.

Cette réorganisation des sanatoria départementaux nécessiterait uniquement, nous l'avons indiqué antérieurement, la création de quartiers séparés dans les bâtiments existants et la construction supplémentaire d'ateliers de réadaptation manuelle.

L'administration serait celle des hôpitaux sanatoria, l'admission se faisant directement après entente avec les chefs de service des divers établissements en relation avec le Centre régional.

Quant à la *surveillance médicale* utile et nécessaire, elle serait effectuée par les médecins des hôpitaux sanatoria, qui, en plus des soins aux incurables couchés, auraient à s'occuper de suivre les sujets au milieu de leurs nouvelles conditions d'existence et en face d'un travail retrouvé.

Il nous reste l'*organisation technique*. Elle pourrait, nous semble-t-il, être très facile à réaliser. En effet, pour réadapter un individu à son métier il ne suffit que de lui présenter les outils et les matériaux nécessaires à la réalisation de son travail. D'autre part, tout hôpital de quelque importance possède, pour ses propres besoins, un personnel de travailleurs manuels chargés de la menuiserie, la peinture, la vitrerie, la serrurerie, l'électricité, le jardinage, etc... Tous ces ouvriers de ces divers métiers, en possession d'ateliers suffisamment grands et bien outillés, pourraient donc facilement se charger de l'apprentissage des malades qui leur seraient confiés.

Une assistante sociale d'orientation professionnelle pourrait même se charger de diriger le choix des malades pour leur nouvelle profession.

Nous pensons donc qu'une telle organisation des hôpitaux-sanatoria départementaux, désencombrés par l'envoi en cure climatique des malades guérissables, devrait rendre de grands services aux deux catégories de malades que nous y hospitaliserions. La récupération des tuberculeux ainsi organisée pourrait être réalisable sur une grande échelle à peu de frais et avec le maximum de profit pour les malades et pour la Nation qui a pris en charge nos tuberculeux, sans compter que ces nombreux fibreux actifs non évolutifs qui encombre les hôpitaux, alors que beaucoup de leurs semblables travaillent, reprendraient d'eux-mêmes la clef des champs s'ils étaient obligés à quelque labeur.

CONCLUSION

La conclusion de cette étude peut se résumer de la sorte :

1) Organisation rationnelle des Dispensaires en vue du dépistage efficace de la tuberculose.

Pour réaliser ce but : leur assurer la collaboration de médecins spécialisés, attachés à l'établissement et d'assistantes sociales choisies et pleines de tact.

Les munir de tout le matériel nécessaire et en particulier d'appareils de radiographie.

2) Création de « Centres régionaux antituberculeux » chargés de l'observation, du classement, du traitement des tuberculeux.

Ces Centres auraient à leur disposition tout le personnel médical et tout le dispositif matériel indispensable, ainsi qu'un certain nombre d'établissements de cure climatique et d'hôpitaux sanatoria où ils auraient le droit de diriger eux-mêmes et directement leurs malades suivant les nécessités thérapeutiques. Y adjoindre un Centre de chirurgie pulmonaire.

3) Utilisation des *Sanas climatiques* uniquement pour les malades guérissables.

4) Transformation des *Sanas départementaux* existants en :

Hôpitaux sanas pour incurables ;

Centre de rééducation manuelle pour les incurables fibreux et pour les anciens malades guéris.

Ces quelques modifications apportées au dispositif actuel de la lutte antituberculeuse demanderait pour être appliquées :

— *une modification de la loi sur les dispensaires*, ceux-ci ayant jusqu'à nouvel ordre seule qualité pour envoyer en sanatoria ;

— *une modification des règlements des sanas départementaux* qui tels qu'ils sont actuellement ne permettent pas la rééducation.

Nous posséderions ainsi en France, *une organisation antituberculeuse centralisée*, ce qui réaliserait sur l'éparpillement actuel une économie de temps et d'argent. Ce travail régional, effectué sous la direction d'un chef doté d'autorité et de responsabilité, et réalisé selon une méthode, *une* et efficace aboutirait à un accroissement des guérisons et à une récupération effective des anciens malades.

Vu

Le Doyen :

BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :

TROISIER

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- D^r René DUVAL (Orléans). — La Tuberculose, mal social. — *Courrier Médical*, n° 5, 2 fév. 1936.
- ARNAUD. — Les temps nouveaux de la lutte antituberculeuse. — *Concours Médical*, n° 10, 9 mars 1931.
- BERNARD (E.). — Tuberculose et médecine sociale. — Masson et Cie, éd., Paris 1938.
- BEZANÇON (A.). — Coordination des efforts prophylactiques contre la tuberculose. — *Le Mouvement sanitaire*, n° 166, fév. 1938.
- BILIMORIA (H.-P.). — Prevention of tuberculosis. — *Sind. M. I.*, 1937.
- D'ARCY HORT. — Prévention de la tuberculose pulmonaire. — *The Sanat*, 8 mai 1937.
- DE SOUSA. — Lutte contre la tuberculose pulmonaire. — *Lisboa Médica*, n° 4, avril 1940.
- ENCONTRE (R.). — Quelques réflexions sur la lutte antituberculeuse. — *Vers l'Avenir*, avril 1939.
- EVROT (J.). — Difficultés actuelles de la lutte antituberculeuse. — *Bulletin du Comité National de Défense contre la tuberculose*, déc. 1939.
- GRIESBACH. — Lutte contre la tuberculose et N. S. V. — *Munchener Mediz. Wochens.*, mars 1937.
- HAMBURGER. — Lutte contre la tuberculose par l'organisation prophylactique. — *Munchener Médiz. Wochens.*, septembre 1939.

- HERSCOVICI (H.). — La lutte contre la tuberculose. — *Journal des Praticiens*, 16 sept. 1939.
- JULIEN (L.). — Notes sur quelques éléments d'une politique constructive antituberculeuse. L'avenir des tuberculeux et les décisions d'inactivité, d'indemnisation à prendre à leur égard. — *Bull. de l'Académie de Médecine*, 14 juin 1938.
- KINDBERG (L.). — Les directives générales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et l'organisation de la lutte antituberculeuse. — *Toulouse Médical*, avril 1941.
- NOIR (J.). — La lutte contre la tuberculose il y a 35 ans et actuellement. — *Le Concours Médical*, mars 1938.
- PETRAGNAGNI. — Progrès de la lutte contre la tuberculose. — *Munchener Médiz Wochens.*, mars 1937.
- SAKKA (A.). — Comment lutter contre une extension possible de la tuberculose dans les circonstances actuelles. — Société d'études scientifiques sur la tuberculose, in *Revue de la Tuberculose*, mai 1941.
- SAVOIRE (A.). — Considérations générales sur la lutte contre la tuberculose en France. — *L'Hygiène Sociale*, janv. 41.
- SERGEANT (E.). — A propos de la communication de M. Bezançon sur l'orientation actuelle de la lutte antituberculeuse. — *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, n° 10, mars 38.
- BAILLET (Louis). — Sanatorium. Hôpital sanatorium et village sanatorium. — *Vers l'Avenir*, n° 50, janv. 1939.
- OLIVIER (E.). — Notre Leysin. Coup d'œil sur l'histoire du village et de la station climatique vaudoise. — *Revue Méd. de la Suisse Romande*, nov 1938.
- RIDEAU. — Quelques conceptions du sanatorium à l'étranger. — *Bull. de Méd. de Cambo*, 1^{er} trim. 1934.
- BERTRAND (Paul). — Dispensaires et sanatorias. — *L'Hygiène Sociale*, fév. 1936.
- LOPO DE CARVALHO. — A luta contra a tuberculose em Portugal. — *Lisboa Médic.*, déc. 1934.

MATTEI (J.). — Le rôle des dispensaires antituberculeux et leur organisation actuelle. — *La Gazette de la Santé Publique*, nov. 1938.

POIX (J.), MARTIN (A.). — Le médecin des dispensaires antituberculeux. — *Presse Médicale*, janv. 1938.

WALLE (M.). — Les dispensaires antituberculeux. — *Liège Méd.*, janv. 1938.

